

ПОСЛЕДСТВИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ГИНЕКОЛОГИИ – РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН?

О.В. Лысенко, Т.А. Рождественская

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», ЦСЗ БИНА

CONSEQUENCES OF SURGICAL INTERVENTIONS IN GYNECOLOGY - REPRODUCTIVE FUNCTION OF YOUNG WOMEN?

O.V. Lysenko, T.A. Rozhdestvenskaya

Educational institution "Vitebsk State Order of People's Friendship Medical University", FHC BINA

Реферат

Резекция яичника/яичников по поводу эндометриoidных кист всегда снижает овариальный резерв. Повторные оперативные вмешательства на придатках приводят большинство женщин к аменорее и программе с использованием донорских ооцитов.

После оперативного удаления маточных труб также снижаются показатели овариального резерва, что, вероятно, связано с нарушением кровоснабжения яичников после оперативного вмешательства.

Перенесенные частые внутриматочные вмешательства способствуют множественным вторичным морфофункциональным изменениям, нарушающим циклическую трансформацию и рецептивность слизистой оболочки тела матки, и формированию «тонкого» эндометрия.

Ключевые слова: оперативные вмешательства, гинекология, репродуктивный.

Abstract

Ovary/ovaries resection of endometrioid cysts always reduces the ovarian reserve. Repeated surgical interventions on the adnexa can lead to amenorrhea and the program using donor oocytes.

After the operative removal of the fallopian tubes, the ovarian reserve is also reduced, which is probably due to the disturbance of blood supply to the ovaries after surgery.

Frequent intrauterine interventions repeatedly contribute to secondary morphofunctional changes, disrupt the cyclic transformation and receptivity of the endometrium, lead to the formation of "thin" endometrium.

Key words: surgical interventions, gynecology, reproductive.

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на то, что в последние десятилетия широко применяются малоинвазивные хирургические вмешательства, на сегодняшний день не существует какого-либо общепринятого стандарта, регламентирующего метод гемостатического воздействия, позволяющего максимально сохранить овариальный резерв при операциях на яичнике [1, 2, 3].

В свою очередь, эндометриоз, как известно, отрицательно влияет на фертильность. Хирургическое лечение эндометриоза также часто связано со снижением фертильности, что делает задачу сохранения фертильности весьма актуальной [4, 5].

В настоящее время хронический эндометрит как результат репродуктивных потерь остается актуальной проблемой, так как максимальная частота его приходится на возрастную группу 26-35 лет, т.е. на пациенток в возрастном интервале, наиболее важном в реализа-

ции репродуктивной функции. Установлено, что одними из факторов риска развития хронического эндометрита являются: инвазивные вмешательства в полости матки (гистероскопия, выскабливания после искусственных и самопроизвольных абортов и неразвивающихся беременностей, диагностические выскабливания, аспирационная биопсия эндометрия); оперативные вмешательства на органах малого таза [6, 7].

ЦЕЛЬ

Сравнительное изучение влияния различных хирургических вмешательств на репродуктивную систему женщин.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 97 пациенток с бесплодием в возрасте от 30 до 35 лет.

Критериями включения в исследование были: бесплодие у женщин 30-35 лет; отсутствие мужского фактора бесплодия; толщина эндометрия по данным ультразвукового исследования органов малого таза

Лысенко О. В., e-mail: lysenko_o_v@mail.ru;

тел.: +375 (29) 710 02 23,

Рождественская Т. А., e-mail: rojd@tut.by

в обе фазы менструального цикла менее 7 мм; наличие в анамнезе оперативных вмешательств на придатках.

Критериями исключения из исследования были: наличие острых или обострения хронических воспалительных заболеваний гениталий; наличие онкозаболеваний любой локализации; наличие обострения хронической экстрагенитальной патологии.

Произведен анализ анамнестических данных пациенток, особое внимание обращалось на перенесенные оперативные вмешательства, воспалительные заболевания органов малого таза.

Гормональный статус оценивался путем определения в сыворотке крови:

- фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола, прогестерона (согласно фазам цикла), пролактина, свободного тестостерона, кортизола, тиреотропного гормона, свободного тироксина, антител к тиреоглобулину, антител к тиреопероксидазе иммунофлюоресцентным методом (наборы реагентов mini Vidas, Biomerieux, Франция);
- дегидроэпиандростерона сульфата, 17-ОН-прогестерона (согласно фазам цикла) методом иммуноферментного анализа (ИФА) (наборы реагентов ДГАС-ИФА; 17-прогестерон-ИФА, Хема, Российская Федерация);
- антимюллерова гормона (АМГ) методом ИФА (набор реагентов Anxlabs, Ultra-SensitiveAMH/Elisa, Германия).

Всем пациенткам проводили оценку основных параметров овариального резерва (ОР) (ФСГ на 2-3 день менструального цикла; АМГ; количество антральных фолликулов на 2-3 день менструального цикла; объем яичника на 2-3 день менструального цикла). В случае аменореи оценка ОР производилась в любой день.

Обследованные пациентки разделены на следующие группы:

1 группа – 18 женщин, однократно оперированных в связи с наличием эндометриoidной кисты яичника с одной стороны.

2 группа – 19 пациенток, однократно оперированных в связи с наличием эндометриoidных кист обоих яичников.

3 группа – 12 женщин, оперированных 2 и более раз в связи с рецидивом эндометриoidных кист яичников.

4 группа – 17 пациенток с абсолютным трубным фактором бесплодия (удаление маточных труб с обеих сторон в связи с трубной беременностью/гидросальпинксом).

5 группа – 31 женщина с «тонким» эндометрием по данным трансвагинального исследования.

Статистическая обработка данных осуществлялась с применением прикладного программного пакета «Statistica 6.0» (StatSoft, Inc. 1994-2001), адаптированного для медико-биологических исследований. При использовании описательной статистики определялись параметры: выборочное среднее (M); среднее квадратическое отклонение (SD); медиана (Me), 25-й квартиль (25), 75-й квартиль (75). Интерпретация полученных результатов проводилась путем определения их статистической значимости. Во всех случаях критическое значение уровня значимости принималось $p < 0,05$ (5 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Особую группу пациенток в репродуктивной медицине представляют женщины с эндометриoidными кистами яичников. Причем агрессивная тактика их хирургического ведения встречается и в настоящий период времени достаточно часто.

В таблице 1 представлены показатели ОР пациенток, оперированных по поводу эндометриoidных кист с одной/двух сторон и в связи с рецидивом заболевания. В качестве группы сравнения по показателям овариального резерва в таблицу включены пациентки с «тонким» эндометрием без оперативных вмешательств на придатках.

Анализируя данные таблицы 1, необходимо отметить, что резекция яичника/яичников по поводу эндометриoidных кист всегда снижает ОР (снижение ОР отмечается во всех группах после оперативного вмешательства на придатках по поводу эндометриoidных кист яичников). Тем не менее, снижение ОР прогрессирует от 1-ой к 3-ей группе женщин от низкого до крайне низкого. А оперативные вмешательства на придатках в 3 группе привели большинство женщин этой группы (3/4 группы) к аменорее и программе с использованием донорских ооцитов.

Таким образом, перед проведением оперативного вмешательства по поводу эндометриoidных кист следует вначале произвести оценку ОР. При выявлении исходно сниженного ОР, эндометриoidных кистах небольшого размера (до 3 см)/рецидиве эндометриoidных кист не следует производить резекцию яичников, а необходимо произвести программу экстракорпорального оплодотворения. В случае выявления эндометриoidных кист большого размера можно произвести по-

Таблица 1. Основные показатели овариального резерва пациенток, перенесших оперативные вмешательства по поводу эндометриoidных кист яичников, Me (25; 75)

Показатель	1 группа, n=18	2 группа, n=19	3 группа, n=12	5 группа, n=31
ФСГ, МЕ/л	10,5 (9,0; 11,3)*	12,0 (11,0; 15,0)*	45,7 (18,7; 59,9)*	7,1 (4,9; 8,3)
АМГ, нг/мл	0,8 (0,6; 0,9)*	0,7 (0,3; 0,9)*	0,02 (0,01; 0,2)*	3,0 (2,1; 3,9)
КАФ, абс.	10,0 (8,0; 16,0)*	8,0 (6,0; 10,0)*	0,0 (0,0; 2,0)*	18,0 (16,0; 21,0)

* – различия статистически значимы в сравнении с 5 группой ($p < 0,05$)

пытку криоконсервации ооцитов/эмбрионов, а затем произвести оперативное вмешательство.

В таблице 2 представлены показатели ОР пациенток с абсолютным трубным фактором бесплодия (удаление маточных труб с обеих сторон в связи с трубной беременностью/гидросальпинксом). В качестве группы сравнения по показателям овариального резерва в таблицу мы также включили пациенток с «тонким» эндометрием без оперативных вмешательств на придатках.

Таблица 2. Основные показатели овариального резерва пациенток, перенесших оперативные вмешательства по поводу трубной беременности/гидросальпинкса, Ме (25; 75)

Показатель	4 группа, n=17	5 группа, n=31	P
ФСГ, МЕ/л	10,1 (8,2; 11,5)	7,1 (4,9; 8,3)	<0,05
АМГ, нг/мл	0,8 (0,5; 1,0)	3,0 (2,1; 3,9)	<0,05
КАФ, абс.	10,0 (7,0; 14,0)	18,0 (16,0; 21,0)	<0,05

Как видно из таблицы 2, после оперативного удаления маточных труб также снижаются показатели ОР, что, вероятно, связано с нарушением кровоснабжения яичников после оперативного вмешательства. Полученные данные свидетельствуют о том, что при желании пациенток реализовать свою репродуктивную функцию, необходимо прибегнуть, не откладывая, к процедуре ЭКО через 2-3 месяца после операции для возможности получения большего количества ооцитов при еще сохраненном ОР.

Как видно из таблицы 3, отсутствуют статистически значимые различия показателей между фазами цикла.

У всех пациенток 5 группы отмечались овulatoryные менструальные циклы, а показатели гормонального статуса находились в пределах референтных значений.

При анализе анамнестических данных пациенток 5 группы необходимо отметить высокий процент внутриматочных вмешательств в анамнезе (от 3 до 6), т.е. каждая женщина этой группы перенесла не менее 3-х вмешательств, не всегда обоснованных. На наш взгляд, перенесенные внутриматочные вмешательства способствовали множественным вторичным морфофункциональным изменениям, нарушающим циклическую трансформацию и рецептивность слизистой оболочки тела матки. Несмотря на абсолютный трубный фактор бесплодия у пациенток этой группы, являющийся показанием для проведения ЭКО, наличие у них «тонкого»

эндометрия ставит под вопрос возможность переноса эмбрионов в полость матки и приводит этих женщин в программу суррогатного материнства. В 61,3% случаев пациентки этой группы указывают на перенесенные воспалительные заболевания органов малого таза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Любое оперативное вмешательство может оказать негативное влияние на репродуктивную функцию женщины. В связи с этим, при планировании оперативного вмешательства у пациентки, планирующей беременность, необходимо правильно оценить показания и избежать неразумного радикализма при его проведении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Al-Azemi, M. Multi-marker assessment of ovarian reserve predicts oocyte yield after ovulation induction / M. Al-Azemi [et al.] // Hum Reprod. – 2011. – Vol. 26, № 2. – P. 414-422.
2. Alper, E. The impact of laparoscopic ovarian cystectomy on ovarian reserve as assessed by antral follicle count and serum AMH levels/E. Alper [et al.] // Fertil Steril. – 2009. – Vol. 92, №3. – S59.
3. Овлащенко, Е. И. О влиянии методов хирургического гемостаза на состояние овариального резерва у больных с геморрагической формой апоплексии яичника / Е. И. Овлащенко [и др.] // Проблемы репродукции. – 2013. – №1. – С. 48-51.
4. Кузнецова, И. В. Сохранение овариального резерва у больных эндометриозом / И. В. Кузнецова // Проблемы репродукции. – 2016. – № 22 (4). – С. 37-42.
5. Логинова, О. Н. Эндометриоз и бесплодие: патофизиология и тактика ведения / О. Н. Логинова, М. М. Сонова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2011. – №11 (6). – С. 47-53.
6. Сухих, Г. Т. Хронический эндометрит / Г. Т. Сухих, А. В. Шуршалова. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
7. Зароченцева, Н. В. Хронический эндометрит: этиология, клиника, диагностика, лечение / Н. В. Зароченцева [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2013. – № 13 (5). – С. 21-27.

Таблица 3. Размеры матки, толщина эндометрия пациенток, перенесших внутриматочные вмешательства, М±SD

Показатель	5 группа, n=31		P
	10-12 день менструального цикла	20-23 день менструального цикла	
Длина матки, мм	43,2±2,0	44,3±1,4	>0,05
Ширина матки, мм	38,4±4,1	35,8±5,3	>0,05
Толщина матки, мм	42,2±2,5	41,1±2,1	>0,05
Толщина эндометрия, мм	4,8±1,4	5,4±1,4	>0,05